

(93,9%) больным. Методом ТАБ с последующим цитологическим исследованием диагноз рака установлен у 10 (20,4%) больных

Результаты и обсуждение. По данным УЗИ, единственный узел определялся у 25 (51%) больных, из них поражение правой доли было у 17 (68%), левой доли – у 8 (32%), множественные узлы в одной доле – у 14 (28,6%), двустороннее поражение – у 10 (20,4%) детей. Поражение регионарных лимфоузлов клинически и методом УЗИ выявлено у 8 (16,7%) пациентов.

При выборе хирургической тактики подход был дифференцированным. Предпочтение отдавалось щадящим органосохраняющим операциям. Субтотальная резекция железы выполнена 12 (24,5%) пациентам, гемитиреоидэктомия – 23 (46,9%), резекция доли – 13 (26,5%), струмэктомия – 1 (2%). При поражении лимфоузлов выполнялось футлярно-фасциальное удаление лимфоузлов и клетчатки.

Все злокачественные узлы оказались высокодифференцированными эпителиальными опухолями: папиллярный рак – у 20 (40,8%), фолликулярный – у 8 (16,3%), папиллярно-фолликулярный – у 21 (42,8%) больных. Регионарные метастазы в большинстве случаев имели место при папиллярном и фолликулярно-папиллярном раке.

Из 49 прооперированных детей осложнения в послеоперационном периоде развились у 5: у 3-х (6,1%) развился транзиторный парез возвратного нерва, у 2-х (4%) возникла паратиреоидная недостаточность, которая была купирована медикаментозно.

Повторные операции были выполнены 12 (24,5%) больным, из них 5 оперировано в связи с прогрессированием опухолевого процесса в сроки от 2 до 4 месяцев. Другие 7 больных оперированы в связи с появлением опухолевого роста в оперированной доле, противоположной доле и наличием метастазов в регионарные лимфоузлы шеи. Рецидив чаще всего возникал при папиллярном и фолликулярно-папиллярном раке. Летальных исходов не было. Все дети находятся под наблюдением хирурга и эндокринолога.

Заключение. Таким образом, рак щитовидной железы в детском возрасте имеет благоприятное те-

чение с преобладанием высокодифференцированных форм, низкой частотой отдаленных метастазов. Полученные данные свидетельствуют о целесообразности проведения щадящих органосохраняющих операций у детей.

Литература

1. Бржезовский, В.Ж. Факторы прогноза в определении объема операции при дифференцированном раке щитовидной железы / В.Ж. Бржезовский, В.Л. Любаев, Г.Ю. Кочурина, С. Субраманиан // Современная онкология. – 2006. – Т.8, №3. – С. 35.
2. Валдина, Е.А. Объем оперативного вмешательства при высокодифференцированном раке щитовидной железы / Е.А. Валдина // Вопросы онкологии. – 2006. – Т.52, №1. – С. 119–121.
3. Поляков, В.Г. Тактика лечения рака щитовидной железы у детей и подростков из регионов России, подвергшихся радиоактивному загрязнению в результате аварии на Чернобыльской АЭС / В.Г. Поляков, Р.В. Шишков, А.И. Павловская [и др.]. – М., 2004. – С. 24.
4. Эпштейн, Е.В. Хирургия щитовидной железы: за и против / Е.В. Эпштейн // Здоровье Украины. – 2006. – Т.14, №1. – С. 18–21.
5. Emerick, G.T. Diagnosis, treatment, and outcome of follicular thyroid carcinoma / G.T. Emerick, Q.Y. Duh, A.E. Siperstein [et al.] // Cancer. – 1993. – Vol. 72. – P. 3287–3295.

Ключевые слова: рак щитовидной железы, дети, операции

THE SPARING OPERATIONS OF THE THYROID CANCER IN CHILDREN

TARAKANOV V.A., STRYUKOVSKY A.E., STARCHENKO V.M., MIKAVA N.V.

Key words: thyroid gland cancer, children, surgical treatment

© Коллектив авторов, 2010

УДК 616.33-089.86:616.329-007.271-089.844-053.2

КОЛОГАСТРАЛЬНЫЙ АНАСТОМОЗ С ИНТЕРПОЗИЦИЕЙ ТРУБЧАТОЙ ГАСТРОСТОМЫ ПРИ ЭЗОФАГОПЛАСТИКЕ У ДЕТЕЙ С РУБЦОВЫМИ СУЖЕНИЯМИ ПИЩЕВОДА

Г.И. Чепурной, М.Г. Чепурной, В.Б. Кацупеев
Ростовский государственный медицинский университет

Развивающийся желудочно-толстокишечный рефлюкс кологастрального анастомоза при колоэзофагопластике у всех детей, оперированных по поводу атрезии пищевода, заставил искать пути по его предотвращению [1]. Разнообразные антирефлюксные операции, разработанные для этой цели, усложняют и без того трудо-

емкое хирургическое вмешательство и не всегда оказываются эффективными [2,3].

Цель исследования. Разработать способ интерпозиции пластического материала между толстой кишкой трансплантата и желудком, обладающего антирефлюксным механизмом.

Материал и методы. В качестве объекта изучения использована группа детей (13 человек) с рубцовыми стриктурами пищевода. У них была применена трубчатая гастростома для питания в послеоперационном периоде. С целью изучения антирефлюксной функции кологастрального анастомоза, наложенного с исполь-

Чепурной Геннадий Иванович, доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой детской хирургии и ортопедии Ростовского государственного медицинского университета, тел.: (863)2719750, 89281971002; e-mail: chepur@rambler.ru.

зованием трубчатой гастростомы, в послеоперационном периоде применена контрастная рентгенография искусственного пищевода в различных положениях пациентов.

Результаты и обсуждение. Наиболее комфортно чувствуют себя больные с трубчатой гастростомой, так как хлорвиниловую трубку для введения в желудок питательных смесей проводят только в момент осуществления кормления, при окончании этой процедуры ее тут же извлекают. Введенная в желудок питательная смесь не изливается наружу ввиду сформированного антирефлюксного затвора при трубчатой гастростомии. Антирефлюксная защита обеспечивается как образованием циркулярной складки слизистой оболочки в месте перехода желудочной трубки в стенку желудка, так и созданием клапана в этом месте за счет перегиба желудочной трубки по отношению к расположенной ниже стенке желудка. Формируется антирефлюксный угол, участвующий в создании защитного механизма в нормальных условиях. Лоскут, выкраиваемый из передней стенки желудка в кардиальном и субкардиальном отделах, имеет слизистую, обладающую чрезвычайно низкой кислотно-ферментативной агрессивностью, вследствие чего он является наиболее приемлемым пластическим материалом при формировании трубчатой гастростомы. Желудочная трубка, обладающая столь ценными положительными свойствами, оканчиваясь тем пластическим материалом, который был использован нами в качестве интерпозиции между дистальным концом толстой кишки трансплантата и желудком.

У больных в качестве первого этапа создают трубчатую гастростому, через которую осуществляют питание пациентов, подготавливая их к радикальному этапу – эзофагопластике, которую производят обычно через 1-2 месяца.

Выкраивают трансплантат из поперечно-ободочной кишки на сосудистой ножке, состоящей из левых толстокишечных артерии и вены. Проводят его в загрудинном туннеле, размещая толстую кишку в изоперистальтической позиции. Затем накладывают соустье между дистальным концом толстой кишки трансплантата и отсеченной от передней брюшной стенки желудочной трубкой трубчатой гастростомы. Для адаптации просветов сшиваемых органов мы несколько изменили конфигурацию выкраиваемого желудочного лоскута: вместо П-образного формируем трапециевидный лоскут. Это позволяет выбрать место сечения желудочной трубки, обладающей различным диаметром на всей ее длине. Накладывают соустье конец-в-конец с помощью однорядного, непрерывного, инвагинацион-

ного шва проленом 4/0. Удобное для создания антирефлюксного затвора положение желудочной трубки фиксируется спаечным процессом, который формируется в течение 1-2-месячного срока.

Рентгенологическое обследование детей, проводимое в различные сроки послеоперационного периода, не выявило желудочно-толстокишечного рефлюкса в искусственном пищеводе. Пациенты не предъявляли жалоб на боли в эпигастральной области, что свидетельствовало об отсутствии рефлюкс-колитов, эрозий и язв в зоне кологастрального анастомоза. Дети росли и развивались, не отставая от своих сверстников.

Заключение. У детей с рубцовыми сужениями пищевода наиболее целесообразно накладывать трубчатую гастростому для питания, обладающую антирефлюксным затвором. При толстокишечной эзофагопластике следует использовать желудочную трубку трубчатой гастростомы для наложения кологастрального анастомоза. При этом дополнительных антирефлюксных хирургических вмешательств не требуется, сокращается время его выполнения и предотвращаются осложнения ближайшего и отдаленного послеоперационного периода.

Литература

1. Оноприев, В.И. Современные хирургические технологии создания арефлюксной кардии при различных формах ахалазии пищевода. / В.И. Оноприев, В.М. Дурлештер, В.В. Рябчун, И.С. Клитинская // Вопросы реконстр. и пласт. хирургии. – 2005. – №1. – С. 25-31.
2. Черноусов, А.Ф. Хирургия пищевода / А.Ф. Черноусов, П.М. Богопольский, Ф.С. Курбанов. – М: Медицина, 2000. – 350 с.
3. Guzzetta, P.C. Antireflux cologastric anastomosis following colonic interposition for esophageal replacement / P.C. Guzzetta, J.G. Randolph // J. Pediatr. Surg. – 1986. – Vol. 21. – P. 1137-1138.

Ключевые слова: кологастральный анастомоз, эзофагопластика, дети

COLOGASTRAL ANASTHOMOSIS WITH INTERPOSITION OF TUBE GASTROSTOMY DURING ESOPHAGOPLASTY IN CHILDREN WITH CAR-INDUCED ESOPHAGEAL STENOSIS

CHEPURNOY G.I., CHEPURNOY M.G., KATSOUPEEV V.B.

Key words: cologastral anasthosis, esophagoplasty, children

© М.Ю. Яницкая, Л.В. Проклова, 2010
УДК: 617-089-083.98+617.65

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ДЕТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ

М.Ю. Яницкая, Л.В. Проклова

Северный государственный медицинский университет, Архангельск

Яницкая Мария Юрьевна, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры детской хирургии Северного государственного медицинского университета, тел.: (8182) 660542, +79115563839; e-mail: medmaria@mail.ru.

Использование ультразвуковой визуализации (УЗВ) при проведении малоинвазивных операций и манипуляций (МОМ) позволяет оценить патологический очаг с учетом структуры и анатомии окружающих тканей. Малоинвазивная